

Etikette

FID:

PID:

Anmeldeformular

Eintrittsart (wird vom KSW ausgefüllt)

Eintrittsdatum: _____

Klinik: _____

Stationär

Ambulant

Ambulant mit Bett

Notfall

Grund des Spitaleintritts

Krankheit / Schwangerschaft

Unfall / Unfalldatum: _____

Geburt / Geburtstermin: _____

Personalien

weiblich

männlich

Name gemäss Pass

Vorname gemäss Pass

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Heimatort / Nationalität

756| | | .

SV-Nr. / AHV-Nr.

Strasse / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Rechtlicher Wohnsitz (falls abweichend)

Telefon privat

Mobile

E-Mail

Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft getrennt geschieden verwitwet

Religion: keine reformiert katholisch orthodox islamisch andere: _____

Bezugsperson 1 / gesetzliche Vertretung

Ehepartner/-in Lebenspartner/-in Eltern Tochter/Sohn Beistand andere: _____

Sorgerecht bei minderjährigen Patientinnen/Patienten: beide Elternteile Mutter Vater

Name

Vorname

Telefon privat

Strasse / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Mobile

Bezugsperson 2 (optional)

Ehepartner/-in Lebenspartner/-in Eltern Tochter/Sohn Beistand andere: _____

Name

Vorname

Telefon privat

Strasse / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Mobile

Hausarzt / Hausärztin / Gruppenpraxis

Einweisender Arzt / Einweisende Ärztin

Name / PLZ und Ort

Name / PLZ und Ort

Patientenverfügung

- nein ja (bitte Kopie mitschicken) ja (Kopie bereits im KSW hinterlegt)

Krankenversicherung

Wie sind sie bei Krankheit versichert?

- Allgemein Wohnkanton Allgemein ganze Schweiz
 Halbprivat Privat Flex / Wahl bei Spitaleintritt Ambulant VVG

Name Grundversicherung

Versicherungsnummer

Kartennummer:

8 | 0 | 7 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name Zusatzversicherung

Versicherungsnummer

Nur bei Geburten:

Versicherung Baby

Versicherungsnummer Baby

Unfallversicherung

Wie sind sie bei Unfall versichert?

Unfalldatum: _____

- Allgemein Wohnkanton Allgemein ganze Schweiz / UVG
 Halbprivat Privat Flex / Wahl bei Spitaleintritt Ambulant VVG

Name Grundversicherung / UVG

Versicherungs-/Schadennummer

Name Zusatzversicherung (Unfall)

Versicherungs-/Schadennummer

Berufliche Situation:

- Selbständig angestellt, Beruf: _____
 Rentner/-in RAV angemeldet nicht berufstätig

Name und Ort Arbeitgeber/-in

Telefonnummer Arbeitgeber/-in

Militär- / Invalidenversicherung (optional)

Name Versicherung / IV Stelle

Schadennummer / IV-Verfügung

Gewünschte Behandlung

- Stationär:** Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler
Ambulant (mit Bett): Allgemein Ambulant VVG Selbstzahler

Ich bestätige die obigen Angaben gelesen und verstanden zu haben sowie damit einverstanden zu sein. Zudem bestätige ich die Richtigkeit der getätigten Angaben.

Datum / Unterschrift

Kostenübernahme

Die Patientin/der Patient anerkennt, dass sie/er Schuldner/-in gegenüber dem KSW ist. Sie/er bestätigt, den Umfang ihres/seines Versicherungsschutzes (inkl. Ausschlüsse) zu kennen. Das KSW hat keine Abklärungspflicht. Erfolge Untersuchungen/Behandlungen entgegenkommenderweise durch das KSW, ohne dass eine entsprechende Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers (Kanton/Versicherung) vorliegt, werden die anfallenden Kosten der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt. Auch nicht versicherte Leistungen werden Ihnen direkt durch das KSW in Rechnung gestellt (z.B. Begleitesen). Die Patientin/der Patient kann nachträglich nicht geltend machen, sie/er habe sich geirrt oder den Versicherungsschutz falsch eingeschätzt. Das KSW kann die Patientin/den Patienten auffordern, ein Depot über die voraussichtlich anfallenden Untersuchungs- und Behandlungskosten zu hinterlegen. Die Patientin/der Patient informiert sich eigenständig über das auf sie/ihn anwendbare Recht, inkl. Taxordnung des KSW (www.ksw.ch).

Datenschutz

Die Patientin/der Patient erklärt mit ihrer/seiner Unterschrift die Richtigkeit der in diesem Formular gemachten Angaben. Für allfällige Fehler trägt sie/er die Haftung. Sie/er erteilt die Genehmigung zur Weitergabe sämtlicher zum Zwecke der Personaldatenabklärung, Rechnungsstellung und Kostensicherung notwendigen Daten an die zuständigen Stellen (z.B. Versicherungen, Sozialamt, Betriebsamt, KESB, externer Dienstleister im Bereich Rechnungserstellung, Gerichte). Bei gewissen Erkrankungen ist zudem die Erfassung von gesundheitsbezogenen Daten gesetzlich gefordert (z.B. Krebsregistrierungsgesetz [KRG]). Die Erfassung, Verwendung und Weitergabe der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes.

Entbindung von der Schweigepflicht

Sie erklären sich damit einverstanden, dass bei den vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Medizinalpersonen die zur Durchführung der Behandlung notwendigen medizinischen Informationen eingeholt werden und entbindet das Spitalpersonal in diesem Umfang von seiner beruflichen Schweigepflicht. Dasselbe gilt mit Bezug auf Datenweitergabe an die nachbehandelnden Personen und Institutionen. Gegenüber allfälligen Zusatzversicherungen und ausländischen Versicherungen entbinden Sie das KSW im Zusammenhang mit der Kostenübernahme explizit von der Schweigepflicht.

Rechnungsstellung

Das Spital übermittelt Ihrer Versicherung die geforderten Daten zum Zweck der Rechnungsprüfung und der Übernahme von Kosten.

Sie erklären sich einverstanden, dass das KSW im Falle der Nichtbegleichung von offenen Rechnungen die Patientin/den Patienten 30 Tage nach Zugang der ersten Mahnung betreiben kann. Hierzu entbindet sie/er das KSW von der Schweigepflicht.

Freie Arztwahl bei halbprivat / privat / ambulant VVG Versicherung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis über die Kaderarztwahl gemäss dem Vor-/Aufklärungsgespräch. Bei einem Notfalleintritt erklären Sie sich mit der Behandlung durch die/den vom KSW bestimmte/bestimmten Kaderärztin/-arzt einverstanden. Falls Sie mit der/dem zugeteilten Ärztin/Arzt nicht einverstanden sind, melden Sie dies frühestmöglich der zuständigen Klinik resp. der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt.

Kommunikation

Sie erklären sich mit dem unverschlüsselten Versand von SMS/E-Mail (z.B. Terminerinnerung, Rechnungskopie, Austrittsbericht) durch das KSW und vom KSW beauftragte Dritte, an Sie einverstanden.